

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/08/2016 4-Data de Autorização 12/09/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8752447 7-Data Validade da Senha 12/09/2016 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 600791 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202538618800000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NILCIMARA LAIZ SILVA BUNIZIO 31/03/1986 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JOAO CLAUDEMIR MACHADO BUNIZIO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante NATHALIA LIMA CAPATI 18-Número no CRO 122536 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-26

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 144159871844 22-Nome do Contratado Executante NATHALIA LIMA CAPATI 23-Número no CRO 122536 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante NATHALIA LIMA CAPATI 27-Número no CRO 122536 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qtd	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26	1	5 3 3 1 0 0	0,00	0,00	S	29/06/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 5 3 3 1 0 0 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 49-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/06/21 Capati 50-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/21 Capati 51-Data Real e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/06/21 Capati 52-Data Real e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/21 Capati 53-Data Real e Assinatura da Empresa 29/06/21 Capati 54-Data Real e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os v referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.